

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

499

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 juillet 1894, à 1 heure

Par M^{lle} OLSCHESKA

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

MYOCARDITE TYPHOÏDIQUE CHEZ L'ENFANT

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges MM. } FOURNIER, professeur.
CHAUFFARD, DEJERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 juillet 1894, à 1 heure

Par M^{lle} OLSCHESKA

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

MYOCARDITE TYPHOÏDIQUE CHEZ L'ENFANT

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
CHAUFFARD, DEJERINE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDE
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.	LANDOUZY.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILLEAU
BRUSSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
MYOCARDITE TYPHOÏDIQUE
CHEZ L'ENFANT

AVANT-PROPOS

Au cours de l'année 1891, pendant les quelques mois que nous avons eu l'honneur de passer dans le service de M. Cadet de Gassicourt à l'hôpital Trousseau, nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de fièvre typhoïde compliquée de myocardite. Nous avons recueilli les observations de ces trois cas avec l'intention d'en faire ultérieurement le sujet de notre thèse. Le sujet n'est pas nouveau, mais nous croyons que tant que les

moyens prophylactiques n'auront pas fait disparaître la fièvre typhoïde, on ne parlera jamais assez d'une complication aussi grave qu'est celle du côté du cœur, si faible que soit la voix, si minimes que soient les contributions qu'on y apporte.

Avant de commencer ce modeste travail, nous tenons à exprimer ici notre profonde gratitude à M. Cadet de Gassicourt, pour la bienveillance avec laquelle il nous a permis de recueillir nos observations et d'en profiter exclusivement.

Que M. le professeur Potain veuille bien agréer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de pouvoir exprimer ici nos plus sincères remerciements aux Maîtres qui nous ont guidée dans nos études médicales et auxquels nous garderons toujours un souvenir reconnaissant.

A la veille de quitter la France nous ne pouvons pas résister au désir de notre cœur de dire merci à haute voix à ce pays généreux. Merci, notre seconde Patrie, de ton hospitalité, de tes lumières que tu prodigues avec tant de largesses et de bienveillance aux étrangers ! Nous n'oublierons jamais tout ce que nous te devons et nous te conserverons pendant toute notre vie des sentiments presque filiaux.





HISTORIQUE ET SYMPTOMATOLOGIE

Les myocardites dans les maladies aiguës, fébriles, ne furent vraiment bien connues qu'après les travaux de MM. Bernheim de Nancy, Desnos Huchard, et Hayem. Depuis, d'autres auteurs, que nous aurons l'occasion de citer ultérieurement, les ont étudiées et décrites.

En faisant nos recherches bibliographiques sur la myocardite typhoïdique chez l'enfant, nous avons pu nous convaincre que tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie infantile, constatent la rareté relative de myocardite chez l'enfant. Tous ces auteurs (Rillet, Blache, Jules Simon, Cadet de Gassicourt, d'Espine et Picot, Descroizilles) s'accordent sur le fait de la résistance du cœur infantile aux affections qui peuvent l'envahir ou avoir sur lui un retentissement plus ou moins indirect, et que cette résistance est d'autant plus marquée que l'enfant est moins avancé en âge.

M. Baginsky, dans son *Traité des maladies in-*

fantiles, dit que les accidents cardiaques dans la fièvre typhoïde sont moins fréquents chez l'enfant que chez l'adulte, mais qu'on les observe cependant dans les formes graves et à longue durée ; il faut les redouter surtout chez les enfants qui repoussent toute nourriture.

M. Marfan, dans son article (1) sur la fièvre typhoïde chez les enfants, dit que la myocardite est exceptionnelle chez eux et la mort subite rarement observée.

En fait d'observations voici ce que nous avons trouvé dans nos lectures :

Dans la thèse de Willaume, élève de Berubeine (2), nous avons trouvé 3 cas de myocardite typhoïdique chez les enfants de 5, 12 et 15 ans. Ces trois cas furent mortels et le diagnostic fut confirmé par l'autopsie.

M. Grancher (3) dans sa leçon clinique sur « *Quelques complications de la fièvre typhoïde* », parle d'un cas de fièvre typhoïde avec myocardite chez une petite fille de 9 ans se trouvant à ce moment dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades.

Enfin dans une thèse toute récente faite dans le service de M. Moisard par son externe Pouillot (4), celui-ci a pu observer 5 cas de myocardite chez

1. *Médecine moderne*. Mars 1894.

2. Willaume. Th. de Nancy, 1887.

3. *Bulletin méd.*, octobre, 1892.

4. Pouillot. Th. de Paris, 1893.

les enfants atteints de la fièvre typhoïde ; deux de ces enfants étaient âgés de 8 ans $1/2$, les trois autres de 11, 13 et 14 ans. Quatre de ces cas furent suivis de mort.

La symptomatologie de la myocardite aiguë est variable et peu caractéristique. Cette maladie, tout en comportant un pronostic grave, puisqu'elle prend une part importante dans la pathologie des accidents tels que le collapsus et la syncope, existe bien souvent à l'état latent, et il est parfois très difficile de la découvrir.

Il est donc bien important de connaître les moindres signes cliniques de la myocardite pour pouvoir faire le diagnostic exact.

Résumons d'abord la description donnée par les auteurs, qui ont le plus souvent en vue la forme grave de la myocardite aiguë.

Au cours du deuxième et au début du troisième septenaire d'une fièvre typhoïde qui a pu se montrer plus ou moins grave, surviennent des accidents qui attirent immédiatement l'attention sur l'appareil circulatoire. C'est d'abord une phase d'excitation qui se traduit par des battements tumultueux, parfois douloureux, et une certaine tension du pouls. Cette période peut passer inaperçue. Mais bientôt suit une autre phase, phase de dépression. Le pouls devient mou, petit, de plus en plus faible ; il augmente de fréquence, surtout au moindre effort ; régulier en général, il a souvent des intermittences ; enfin il peut être fran-

chement irrégulier ou dans certains cas présenter une arythmie régulière ou rythmée (Hayem, Galliard). Le choc de la pointe faiblit, puis devient à peine perceptible.

A l'auscultation on perçoit des bruits de souffles doux, mobiles, systoliques, à maximum mitral, parfois tricuspïdien, souffles d'insuffisance fonctionnelle. On perçoit souvent une diminution progressive, puis une disparition du second bruit aortique, ce serait là un signe de pronostic grave, annonçant la mort à courte échéance ; le premier bruit peut devenir aussi très faible, à peine perceptible.

Enfin on peut percevoir le rythme fœtal ou embryocardie, dont M. Huchard a montré toute l'importance pronostique. Tous ces signes manifestent que le cœur est insuffisant. Cette insuffisance cardiaque peut produire tous les symptômes du collapsus : congestion cyanique de la face, extrémités froides, sueurs visqueuses, urines diminuées, dyspnée pénible avec ou sans congestions hypostatiques, troubles asphyxiques, parfois un peu d'œdème, stase des jugulaires, congestion cérébrale avec délire, enfin hypothermie, puis coma progressif, qui peut se terminer par la mort.

Telle est la forme grave, la forme du collapsus algide où le diagnostic s'impose et où l'anatomie pathologique apporte sa confirmation. Cette forme comporte un pronostic presque fatal. Cependant

avec ce cortège de symptômes bruyants, permettant d'affirmer l'altération du myocarde même en l'absence de toute confirmation nécroscopique, il peut se faire que la guérison survienne. Les accidents s'atténuent et disparaissent peu à peu ; un certain nombre d'observations en font foi (Landouzy, Siredey, Huchard, Galliard). La guérison peut être complète et durable. Mais souvent ces lésions de myocarde qui paraissent guéries, peuvent plus tard donner naissance à une affection cardiaque organique, car le cœur une fois touché sera déjà le *locus minoris resistentiæ* de l'organisme. Les travaux de Landouzy et Siredey nous enseignent qu'il faut toujours songer à la possibilité d'une cardiopathie chronique chez les sujets dont le cœur a été touché au cours d'une maladie infectieuse.

Cette forme dont nous venons d'esquisser la symptomatologie correspond à des localisations massives d'agent infectieux sur le myocarde. La cause de cette localisation nous échappe encore. Le cœur est-il atteint par le fait même du processus infectieux, y a-t-il en lui un point d'appel : cardiopathie antérieure, fatigue, surmenage (Chaufard) hérédité ? La réponse est difficile pour le moment.

A côté de cette forme grave, facile à diagnostiquer, il existe d'autres formes présentant un tableau clinique moins alarmant ; formes qui paraissent bénignes, font supposer la guérison et tout à coup

sans que rien ait pu nous le faire prévoir, la terminaison funeste survient. Et dans ces cas, où l'examen clinique ne peut relever que quelques signes isolés, auxquels on n'attache pas une grande importance, l'autopsie démontre des lésions déjà avancées et diffuses du myocarde. C'est ce qui démontre la valeur de tous ces signes isolés dans le cours des fièvres graves.

Etudions ces signes un à un, afin de bien saisir leur valeur absolue ou relative.

De tous ces signes le premier qui se présente à notre investigation c'est le pouls. Le pouls peut présenter soit simplement un affaiblissement plus ou moins prononcé tout en conservant sa régularité, soit des irrégularités, soit des intermittences, soit une augmentation dans sa fréquence. MM. Hayem, Landouzy, Siredey insistent sur l'intermittence du pouls, parfois régulière, un signe qu'ils ont le plus souvent observé. Ils affirment que son apparition dans le cours du deuxième septenaire doit faire craindre la mort subite.

Cependant il semble résulter d'une étude de M. Galliard, que les intermittences survenant même au début d'une fièvre typhoïde n'ont pas une signification pronostique fâcheuse.

Quoiqu'il en soit, le pronostic devra être toujours réservé, lorsque des troubles arythmiques quelconques apparaîtront au cours de la fièvre typhoïde.

Le caractère de l'arythmie est en effet d'être

multiforme, et souvent elle n'est constituée que par quelques intermittences, quelques irrégularités cardiaques passagères, survenant pendant très peu de temps, un jour ou deux seulement, puis disparaissant pour toujours. Parfois, au contraire, les irrégularités se reproduisent plusieurs fois, persistent et n'ont aucune tendance à disparaître. Ces intermittences peuvent aboutir à des syncopes plus ou moins graves et qui, se prolongeant, deviennent souvent mortelles. Quelquefois la plus légère émotion, le moindre mouvement peuvent provoquer une syncope et la mort.

Pour M. Hayem, l'arythmie survenant au moment de la défervescence a une tout autre signification que l'arythmie du troisième et du deuxième septenaire; elle n'indique plus le danger, elle annonce plutôt la convalescence.

D'après M. Huchard, l'arythmie dans la fièvre typhoïde, peut avoir trois origines différentes; il distingue : 1° l'arythmie réflexe d'origine intestinale; 2° l'arythmie de convalescence; 3° l'arythmie d'origine myocardique. Cette dernière seule comporterait un pronostic grave. Il est donc très important pour le clinicien d'être à même de distinguer celle-ci des deux autres; les signes de myocardite permettent seuls d'instituer ce diagnostic.

Dans d'autres cas le pouls, tout en conservant sa régularité, sera modifié dans sa fréquence.

On connaît toute l'importance qu'on attache au chiffre de pulsations dans la fièvre typhoïde et c'est un fait établi que l'accélération du pouls est en raison directe de la gravité du pronostic de la fièvre typhoïde. « Dans la fièvre typhoïde bénigne le pouls est relativement lent (80-100), avec des températures parfois élevées, » dit M. Huchard. Chez le même auteur nous trouvons ces mots : « Quant à l'accélération du pouls se joint le caractère fœtal des bruits cardiaques, le pronostic s'assombrit, il s'agit de myocardite ».

Ce rythme particulier a été décrit par M. Huchard sous le nom d'embryocardie, caractérisée par accélération du pouls, similitude de timbre et d'intensité des deux bruits, égalisation en durée des deux silences. « Lorsque l'un des caractères manque, il s'agit de fausse embryocardie. »

De plus, l'auteur distingue une embryocardie transitoire comportant un pronostic grave, mais non fatalement mortel; une embryocardie permanente d'un pronostic toujours mortel; une forme incomplète dans laquelle on peut encore différencier le grand silence du petit silence, et enfin une embryocardie à un temps, dans laquelle le deuxième bruit reste seul perceptible.

Mais cette modification du pouls dans sa fréquence peut être produite chez les typhiques par d'autres accidents, tels que : complications pulmonaires (pneumonie, broncho-pneumonie), perforations intestinales, hémorrhagies, complications

douloureuses (otite, phlébite). Il faut donc s'entourer de grandes précautions pour s'assurer que l'accélération constatée correspond à l'altération du myocarde.

C'est l'examen du cœur qui va nous donner des renseignements précieux.

Les bruits sont souvent simplement affaiblis, parfois dédoublés. Il se peut que l'on ne trouve point de bruits surajoutés, des souffles cardiaques, les orifices et les valvules restant en général indemnes. Mais le plus souvent l'altération du myocarde entrave la fonction du cœur et il s'y produit des troubles qui se manifestent par des souffles inconstants dans leur siège, dans leur intensité, dans le temps de leur apparition, variables d'un jour à l'autre, en un mot mobiles.

Le plus souvent c'est un souffle au premier temps ayant son maximum à la pointe du cœur, systolique; tantôt il est doux, tantôt d'emblée intense et rude. Quelquefois ce n'est qu'un léger prolongement du premier bruit à la pointe, au foyer tricuspidien, ou à la base.

Quelquefois on entend un souffle diastolique derrière le sternum entre la deuxième articulation chondro-sternale et l'apophyse typhoïde (Landouzy et Siredey) se rapportant manifestement à une insuffisance aortique. Quelquefois même un souffle siège franchement sur le trajet de l'aorte derrière le sternum. Ce sont ces souffles qu'on attribuait autrefois à la fièvre, à l'hyperthermie, et qui

dépendent d'une insuffisance de l'énergie du myocarde.

Le premier bruit peut aussi disparaître complètement ; on remarque tout d'abord cette disparition à l'orifice aortique et l'on peut aussi la constater au siège particulier d'auscultation du premier bruit, c'est-à-dire à la pointe. Ce signe existant seul ou avec d'autres troubles du rythme cardiaque est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic et du pronostic de la myocardite aiguë comme en font foi les deux observations du professeur Picot de Bordeaux (1).

Le deuxième bruit conserve le plus souvent ses caractères normaux, mais il peut aussi perdre sa netteté ; souvent il est dédoublé.

Nous attirons encore l'attention sur un dernier point d'une haute importance : la pointe du cœur se trouve abaissée, du quatrième espace on la voit descendre dans le cinquième ou même derrière la sixième côte.

De tous ces signes que nous venons de passer en revue, aucun ne peut être considéré comme pathognomonique de la myocardite aiguë.

Cette myocardite peut s'affirmer par l'un ou par l'autre de ces signes isolés ou par plusieurs signes réunis. Mais chacun de ces signes, isolément ou conjointement, a une valeur bien établie par les auteurs que nous avons consultés.

1. *Sem. médicale*, 7 janvier 1894.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Marguerite P..., âgée de 12 ans 1/2, entrée le 17 mai 1891, salle Blache, service de M. Cadet de Gassicourt.

Malade depuis huit jours, langue très sèche, collante, ventre ballonné, taches rosées lenticulaires sur le ventre, vomissements verdâtres, abattement marqué. Pouls bon à 96 pulsations à la minute. Quelques râles sibilants.

Traitement. — Sulfate de quinine.

20 mai. — Délire quinique. Température 37°,5, une selle; langue très sèche et pâteuse. Pouls 88 à peu près normal, battements du cœur bien frappés.

Traitement. — 0,50 de caféïne, en injections sous-cutanées.

21 mai. — Agitation. Nuit calme à la suite d'une prise de 1 gr. 30 de chloral et de 12 grammes de sirop de morphine. Selles diarrhéïques très abondantes, abattement toujours considérable. Battements du cœur réguliers et bons; pouls 104, régulier et assez vigoureux. Vomissements après le sulfate de quinine et les autres médicaments. Yeux excavés.

Traitement. — Bains tièdes. Potion calmante, deux injections de caféïne.

22 mai. — Cinq selles abondantes. Calme marqué. Pouls 108. Température 38°,2 le matin, 40° le soir.

23 mai. — La malade est calme, mais elle a toujours l'air égaré. Trois selles diarrhéiques vertes. Légère cyanose des lèvres. Pouls 129, régulier. Battements cardiaques réguliers sans souffle, un peu faibles.

25 mai. — Température matinale 37°, 5. Pouls 130, faible et irrégulier. Battements cardiaques irréguliers, pas de manque. Pas de râles pulmonaires.

Traitement. — Caféine 0 gr. 50, deux injections d'éther.

26 mai. — Délire, agitation, cris, plaintes continuelles, yeux caves, cernés. Pouls imperceptible.

Embryocardie. Douleur précordiale vive à la pression. Râles disséminés dans les deux poumons. Faciès abdominal.

27 mai. — Pouls et battements cardiaques imperceptibles. Cyanose. Congestion pulmonaire intense. Agitation considérable, cris incessants.

28 mai. — A 9 heures du soir l'enfant s'est éteinte sans nouveaux symptômes, sans aphyxie apparente.

Opposition à l'autopsie.

Dans cette observation l'embryocardie fut précédée d'affaiblissement et d'irrégularité des bruits cardiaques. On n'a jamais constaté ni souffle, ni intermittence. La fréquence du pouls n'a pas été extrême, il ne dépassa jamais 130. Néanmoins les signes cliniques, tels que douleur précordiale, irrégularité, puis imperceptibilité du pouls; faiblesse croissante et irrégularité des battements cardiaques, enfin embryocardie, sont des signes imputables à une lésion de myocarde. Ces symp-

tômes si nets permettent l'existence de la myocardite malgré l'absence d'une confirmation nécroscopique.

OBSERVATION II (personnelle).

Albert D..., âgé de 10 ans, entré le 13 octobre 1891. Salle Barrier. Service de M. Cadet de Gassicourt.

Malade depuis 3 semaines, mais depuis quinze jours l'enfant est abattu. Fièvre, vomissements, constipation, lassitude générale, se plaint de céphalée. Délire la nuit. T. 40°,5 le soir.

14 octobre. — Délire, agitation nocturne; très abattu. Langue sèche, diarrhée verte abondante, douleur à la pression dans la fosse iliaque droite; pas de taches rosées lenticulaires.

Pouls 120, régulier; rien au cœur, mais les battements cardiaques sont faibles. Face pâle. Pas de vomissements. T. vespérale 39°,8.

Traitement. — Calomel 0gr.60. Sulfate de quinine 1 gramme. Lotions froides.

15 octobre. — Pâleur de la face, excitation; langue sèche, très saburale; diarrhée verte persiste; ventre un peu tendu, douloureux dans la fosse iliaque droite. Pouls 124, un peu bondissant. Soubresauts des tendons. Rien dans les poumons, rien dans les urines. Température 39°,5 le matin, 39°,2 le soir.

Traitement. — Deux injections de caféine.

16 octobre. — L'enfant est très abattu, gémit sans cesse; pâleur très accusée des téguments. Délire persiste; selles nombreuses; éruption purpurique. Pouls 146, régulier, mais faible. Battements cardiaques sourds, à impulsion faible: la respiration gêne l'auscultation du cœur et on ne peut rien préciser. Sonorité pulmonaire normale; quelques râles à la base du pou-

mon droit, en arrière rate très volumineuse, dépasse de trois doigts le rebord des fausses côtes. T. 39°,5 le matin, 41°,2 le soir.

Traitement. — Deux injections de caféine, 4 injections d'éther.

17 octobre. — Plaintes incessantes ; facies très pâle. Langue sèche, très saburale. Marbrures des téguments de la face et des membres. Rien dans les poumons. Mort à 3 heures du soir.

Autopsie. — L'intestin montre les plaques de Peyer tuméfiées avec aspect pœrentérique, mais il n'y a point d'ulcération de la muqueuse.

Rate grosse et ramollie.

Reins paraissent être atteints de néphrite parenchymateuse légère.

Foie, rien de particulier à l'œil nu.

Poumons. — Dans le poumon droit gangrène pulmonaire à foyers disséminés superficiels et profonds, surtout dans le lobe inférieur ; pleurésie inter-lobaire, mais non encore suppurée. Dans le poumon gauche on trouve de l'emphysème pulmonaire au sommet et de la congestion à la base.

Cœur nu peu décoloré, mais pas mou, pas de lésions des orifices ; le myocarde présente par place la teinte feuille-morte. A l'examen microscopique pratiqué par M. Breton, interne du service, on constate des traces de myocardite ulcéreuse.

Dans ce cas, le malade nous arrive au vingtième jour d'une fièvre typhoïde grave. L'agitation, le délire, l'abattement persistant nous prouvent que nous nous trouvons en présence d'une fièvre typhoïde ataxo-adyynamique. Dès l'entrée de l'enfant à l'hôpital on constate la faiblesse du pouls et des battements cardiaques. Les jours suivants la faiblesse et la fréquence des pulsations augmen-

tent, l'impulsion cardiaque devient de plus en plus faible et sourde, les téguments se cyanosent et la mort arrive sans d'autres signes de myocardite, dont l'existence pourtant ne saurait être niée : l'examen macroscopique et microscopique le prouvent.

OBSERVATION III (personnelle).

Marguerite Y..., âgée de 12 ans. Entrée le 17 mai 1891, salle Blache, service de M. Cadet de Gassicourt.

18 mai. — La malade est au septième jour de sa maladie qui a débuté par épistaxis, fatigue, courbature.

Grand abattement ce matin après une nuit très agitée. Les joues sont très colorées, rouge-violacé ; les mains ont également une teinte cyanique. Ventre non ballonné ; bruit de gargouillement dans les fosses iliaques ; pas de douleur à la pression. Langue très pâteuse, rouge sur les bords. Pouls faible, rapide, à 120 pulsations à la minute. Battements cardiaques affaiblis. Deux selles diarrhéiques dans la journée. Température 40°.

Traitement. Injections d'éther. Extrait de quinquina.

19 mai. — Langue très sèche. Taches exanthémiques sur le ventre. Pouls petit, régulier, à 116 pulsations : battements cardiaques peu énergiques, plus faibles relativement que le pouls. Deux selles diarrhéiques. Abattement est moindre, mais l'enfant est toujours cyanosé. Température 39°,1 le matin, 39°,8 le soir.

20 mai. — Délire, surtout nocturne ; bavardage incessant. Pouls toujours petit à 120 pulsations. Battements du cœur sont mieux frappés, réguliers. Langue très sèche, deux selles diarrhéiques, deux vomissements après avoir pris l'extrait de quin-

quina. Abattement toujours considérable. Température 39,4 le matin, 40° le soir.

Traitement. — Suppression de l'extrait de quinquina, qui fut remplacé par 0 gr. 75 de sulfate de quinine. Potion de Todd. Lotions froides.

21 mai. — Pouls petit, régulier à 124 pulsations. Battements cardiaques très sourds, sans souffle, sans faux pas. Râles sibilants et ronflants aux deux poumons. T. 39°,8 le matin, 40°,4 le soir.

Traitement. — Trois injections de caféïne, deux injections d'éther.

22 mai. — Journée et nuit précédentes un peu plus calmes. Pouls 136, régulier, mieux frappé. Deux selles diarrhéiques. Légère amélioration de l'état général. T. 39°,4 le matin 40°,2 le soir.

23 mai. — Amélioration de l'état général plus accentuée; agitation moindre. Pouls toujours faible, régulier, pas d'arythmie cardiaque. Râles nombreux sous-crépitaux et sibilants dans les deux poumons. Température 39°,5 le matin, 39°,9 le soir.

24 mai. — Même état. Température 40° le matin, 40°,6 le soir.

25 mai. — Même état général. Délire nocturne. Une selle normale. Pouls faible à 124 pulsations, régulier. Bruits du cœur sourds, tendance à l'embryocardie. Température matinale 38°,8, vespérale 39°,4.

26 mai. — Pouls plus faible, à 128 pulsations. Abattement plus marqué. Cyanose. Refroidissement des extrémités. T. du matin 38°,4, celle du soir 37°,5.

Traitement. — Injections de caféïne et d'éther.

27 mai. — Langue très sèche, 1 selle diarrhéique.

État général meilleur. Pouls 132, moins faible que les

jours précédents. Battements du cœur plus énergiques et avec leur type normal. T. 39°,5.

28 mai. — Pouls fréquent, 150 pulsations ; tendance du cœur au bruit fœtal. Cyanose aux membres supérieurs et inférieurs. Râles sibilants et sous-crépitants aux deux poumons. Commencement des eschares à la cuisse gauche. Température vespérale 38°,2.

29 mai. — Pouls 136, un peu plus fort ; battements cardiaques plus vigoureux, leur rythme n'est plus ce qu'il était hier, c'est-à-dire presque fœtal. Congestion pulmonaire moins accusée. T. 38° le soir.

30 mai. — La nuit fut calme, sommeil tranquille. Aspect général de la malade un peu meilleur. Pouls irrégulier, incomptable, surtout à cause de soubresauts de tendons incessants. Bruits cardiaques réguliers, premier bruit est sourd, mais pas de souffle. Congestion pulmonaire diminue, deux selles diarrhéiques. T. 38°.

1^{er} juin. — Pouls 140, régulier. Bruits du cœur réguliers, assez bien frappés, ayant le rythme normal. Abattement, état anxieux ; agitation nocturne assez accentuée. Trois selles diarrhéiques. T. 39°.

2^e juin. — Pouls 132, faible, régulier ; rien d'anormal au cœur. Respiration pure. Ventre souple ; pas de taches rosées. Rate peu volumineuse, trois selles diarrhéiques, nuit agitée. T. 38°,8.

4 juin. — Etat général s'améliore. Les battements du cœur deviennent plus énergiques, mais la tension artérielle est toujours très faible, le pouls est mou. Les râles sont disparus dans les deux poumons. La langue se nettoie.

5 juin. — Même état général. Pouls faible à 100 pulsations. Battements du cœur bien frappés. Pas de diarrhée.

7, 8, 9 juin. — Même état. On commence à alimenter la malade.

12 juin. — Opposition entre la vigueur relative des contractions cardiaques et la petitesse du pouls qui est à peine perceptible. Rien à l'auscultation des poumons.

22 juin. — Apparition d'une phlegmatia alba dolens aux deux membres inférieurs, particulièrement du côté droit; le siège de cette phlegmatia est aux mollets.

3 juillet. — Cœur régulier; pas de souffle, ni de frottement; claquements valvulaires nets, mais les battements sont précipités. Pouls 116. Bon état général; s'alimente bien, pas de diarrhée.

4 juillet. — Le cœur a un rythme accéléré se rapprochant du rythme fœtal.

Les jours suivants le cœur et le pouls se régularisent; l'état des membres inférieurs s'améliore, mais ce n'est que le 10 octobre que la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Dans cette observation les symptômes de la myocardite apparaissent dès le deuxième septenaire, évoluent progressivement et atteignent leur maximum au courant du troisième septenaire. Rappelons brièvement les accidents de cette période maximale. Le 25 et le 26 mai, c'est-à-dire le quatorzième et le quinzième jour de la fièvre typhoïde, les bruits cardiaques s'entendent difficilement, deviennent sourds, il y a tendance à l'embryocardie; la fréquence et la faiblesse du pouls sont plus grandes que les jours précédents; l'abattement et la cyanose sont considérables; les extrémités se refroidissent; la tem-

pérature qui se maintenait tout le temps aux environs de 40°, baisse tout d'un coup en un jour, de façon qu'étant 38°,4 le matin, elle tombe à la normale le soir.

En un mot, l'enfant est dans le collapsus. Le lendemain sous l'influence de la caféïne, les battements du cœur deviennent meilleurs, plus énergiques, réguliers, mais le pouls est plus fréquent encore. Le jour suivant, c'est-à-dire le 28 mai, réapparition des symptômes alarmants : pouls 150, tendance au rythme fœtal, cyanose, c'est une nouvelle crise de collapsus. Les injections de caféïne enrayerent encore cette crise. Dès le lendemain il y a une amélioration notable. Deux jours après on note encore l'irrégularité du pouls et la diminution de force du premier bruit du cœur, mais à partir de là les symptômes de la myocardite disparaissent lentement au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde. Cette convalescence fut bien longue, compliquée d'une phlegmatia aux membres inférieurs. Ce n'est qu'au courant du troisième mois de la maladie que les symptômes d'affaiblissement du cœur avaient complètement disparu.

Dans cette dernière observation la symptomatologie de la myocardite s'est manifestée beaucoup plus énergiquement au point de vue clinique que dans les deux observations précédentes. Malgré cela c'est ici que nous voyons une terminaison favorable, tandis que nos autres petits malades ont succombé, et ce n'est pas la mort au milieu

d'une crise de collapsus, ni la mort subite par syncope qui les a emportés, c'est une mort survenue lentement par affaiblissement progressif et continu de l'appareil circulatoire.

Nous tenons encore à appeler l'attention sur le point suivant : nous n'avons observé chez aucun de nos malades ni souffle ni disparition complète du premier bruit à la base ou à la pointe ; ni dédoublement ou disparition du deuxième bruit ; en outre chez aucun d'eux nous n'avons constaté ni intermittences ni syncopes.





PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic d'une fièvre typhoïde s'assombrit considérablement dès que l'on découvre les premières manifestations de l'affaiblissement du cœur ; il devient grave lorsque l'on voit apparaître les phénomènes de stase sanguine à la périphérie et dans les viscères : cyanose ou pâleur cireuse de la face et des extrémités, congestions pulmonaire et hépatique, albuminurie par hyperémie rénale, etc. Le malade peut mourir, soit subitement par syncope, soit rapidement au milieu des symptômes du collapsus cardiaque, soit lentement par une sorte de déchéance de l'appareil circulatoire. Le pronostic devient très grave lorsque le cœur, même en l'absence d'autres signes d'adynamie cardiaque, présente de l'arythmie persistante ou le rythme fœtal.

« Tous les typhoïdiques que j'ai vu mourir ont présenté l'arythmie persistante et régulière, c'est-à-dire se manifestant par des intermittences reve-

nant à des intervalles fixes ou à peu près fixes, » dit M. Hayem (*Sem. Méd.*, 1894, p. 288).

« Le rythme fœtal, l'embryocardie, est grave, mais non toujours mortel, lorsqu'il est transitoire, tandis que permanent il est toujours mortel, » dit M. Huchard.

D'après M. Hayem on observe peu d'exemples de fièvre typhoïde sans noter l'apparition dans le cours du troisième septenaire d'un affaiblissement plus ou moins marqué du cœur. Et bien souvent, nous dit le même auteur, tout à coup, sans que rien ait pu le présager, le malade succombe à une syncope à la suite d'un effort insignifiant, tel que l'action de s'asseoir sur son lit ou d'avaler quelques gorgées de liquide ; la mort sera la conséquence des troubles cardiaques : les examens *post mortem* l'affirment presque toujours. Heureusement cette terminaison fâcheuse n'est pas la conséquence fatale des troubles cardiaques survenant au cours d'une fièvre typhoïde et très souvent les symptômes manifestes de l'affaiblissement du cœur s'arrêtent dans leur marche, s'amendent, disparaissent. Mais cette résistance, ce triomphe du cœur, sont un mystère pour le clinicien, il est donc prudent de ne jamais énoncer le pronostic d'une fièvre typhoïde, si régulière, si bénigne qu'elle nous paraisse.

Même la convalescence terminée, tout danger n'est pas encore évité, car bien souvent la lésion du myocarde au cours d'une fièvre typhoïde crée

une prédisposition aux cardiopathies chroniques ultérieures.

MM. Landouzy et Siredey s'expriment ainsi à ce sujet : « S'il est démontré que bon nombre de maladies des divers appareils, des cardiopathies entre autres, n'ont pas d'autre origine que la fièvre typhoïde, il est permis d'affirmer que nos neveux connaîtront moins les angiopathies que nous ne les avons connues. Nul doute que les mesures prophylactiques qui découlent impérieusement de nos connaissances sur le mode de propagation de la fièvre typhoïde (Eberth, Chantemesse, Brouardel, Vidal), ne parviennent demain à faire perdre à la fièvre typhoïde la place exorbitante qu'elle occupe dans la mortalité comme dans la léthalité générale : ce jour-là, le nombre de malades et d'infirmes diminuerait d'autant, puisque maints cardiaques, aortiques, néphrétiques, tous rendus invalides plus que malades par une ancienne dothiéntérie, ne viendraient pas réclamer nos soins, si l'hygiène avait empêché la diffusion d'une maladie évitable entre toutes. »

Dans le traitement des accidents dus à la myocardite typhoïdique le point le plus important est de mettre le malade à un repos absolu, dès l'apparition des premiers signes de la faiblesse du cœur, car ainsi que nous l'avons déjà dit, le moindre effort peut amener une syncope mortelle. Si l'on a traité la fièvre typhoïde par les bains froids, il ne faut les donner qu'avec réserve et précau-

tion, ou mieux les cesser complètement, surtout chez l'enfant, dès que la myocardite est déclarée. MM. Cadet de Gassicourt et Baginsky sont très affirmatifs à ce sujet. M. Hayem n'est pas partisan des bains froids dans la myocardite, même chez l'adulte. Voici ce qu'il dit à la séance de la « Société médicale des Hôpitaux » (1). « Au point de vue thérapeutique, je ne proscriis pas systématiquement les bains froids dans la myocardite typique, mais j'ai constaté que dans quelques cas, loin de faire baisser la température, les bains l'augmentaient : ce qui le prouve c'est qu'il m'a suffi, dans plusieurs cas, de supprimer ces bains ou seulement d'en diminuer le nombre pour voir presque immédiatement baisser le degré de la température. Il semble que chez certains malades les bains froids, trop souvent répétés, provoquent une paralysie vasomotrice qui entretient l'hyperthermie. »

Comme toniques du cœur on peut recourir à la digitale qui ralentit et régularise le pouls, élève la tension vasculaire qui est très faible dans la fièvre typhoïde, comme l'a démontré M. le professeur Potain, mais elle s'accumule et provoque l'asystolie.

De plus, elle agit lentement et dans les cas graves où il faut agir rapidement on prescrira la caféine par la voie gastrique ou en injections sous-

1. *Semaine Médicale*, 20 juin 1894.

cutanées. La caféine produit les mêmes effets sur le cœur que la digitale, mais ils se manifestent plus rapidement. De plus, la caféine ne s'accumule pas et on peut sans inconvénient en donner aux enfants 1 gramme à 1 gr. 50 par jour pendant des semaines sans provoquer des accidents d'intoxication.

On a préconisé aussi l'emploi du sulfate de spartéine en injections de 0 gr. 05 chacune. La solution d'ergotine d'Yvon en injections a donné aussi quelques succès.

On aura recours aux toxiques généraux : alcool (champagne, rhum), extrait de quinquina ; aux révulsifs : ventouses sèches, vésicatoires, etc.

On n'oubliera pas non plus que la fièvre typhoïde étant une maladie infectieuse, la myocardite typhoïdique est probablement due au bacille d'Eberth ou aux toxines très puissantes que ces microbes produisent et par conséquent on s'adressera à l'antisepsie intestinale sous toutes ses formes : sulfate de quinine, naphtol, bétol, benzo-naphtol.

Comme alimentation, on instituera le régime lacté exclusif.





CONCLUSIONS

1° La myocardite typhoïdique existe chez l'enfant et c'est surtout dans la seconde enfance qu'on l'observe.

2° Le diagnostic est basé sur un certain nombre de signes dont aucun n'est pathognomonique, mais la connaissance clinique approfondie des symptômes par lesquels la myocardite a l'habitude de se révéler, donne au praticien la certitude de la reconnaître.

3° Le pronostic de la fièvre typhoïde compliquée d'une myocardite est très grave, mais non fatalement mortel. Mais même guérie, cette complication laisse un danger pour l'avenir au point de vue des cardiopathies chroniques.

4° La thérapeutique consiste à lutter contre l'adynamie cardiaque et à surveiller l'état des autres organes.

Vu : le Président de la thèse,
POTAIN

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTHEZ ET RILLET. — Maladies de l'enfance.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité des maladies de l'enfance.
- BLACHE. — Essai sur les maladies du cœur chez l'enfant.
Thèse.
- JULES SIMON. — De la fièvre typhoïde chez l'enfant. Progrès
médical.
- BAGINSKI. — Maladies des enfants.
- HAYEM. — Leçons cliniques sur les manifestations cardiaques
de la fièvre typhoïde. Progrès médic.
- HUCHARD. — Maladies du cœur et des vaisseaux. Edition de
1889.
- BERNHEIM. — Fièvre typhoïde à forme cardiaque.
- WILLAUME. — Forme cardiaque de la fièvre typhoïde. Thèse de
Nancy.
- D'ESPINE ET PICOT. — Traité des maladies de l'enfance.
- DESCROIZILLES. — Traité des maladies de l'enfance.
- GALLIARD. — Etude critique sur les déterminations cardiaques
de la fièvre typhoïde.
- CHAUFFARD. — Myocardite typhique. Semaine médicale, sep-
tembre 1891.

GRANCHER. — Leçons cliniques sur quelques complications de la f. typh. *Bullet. médic.*, octobre 1892.

POUILLOT. — Thèse de Paris, 1893. Des complications cardiaques de la f. typh. chez l'enfant.

MARFAN. — Fièvre typhoïde chez l'enfant. *Médecine moderne*, mars 1894.



